

**Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas**

Oficina de Salud Familiar  
1000 SW Jackson, Suite 200  
Topeka, KS 66612-1274  
Programa de Guarderías: 785-296-1270 Fax: 785-559-4244  
Página Web: [www.kdheks.gov/kidsnet](http://www.kdheks.gov/kidsnet)



**AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA**

Para tratamiento médico de emergencia se debe contar con un permiso por escrito archivado en la guardería. Consulte con el servicio médico de emergencia local para asegurarse de que este formulario sea aceptable. Referencia Reglamento de Guarderías K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A). Referencia Reglamento de Guarderías para Programas de Edad Escolar K.A.R. 28-4-582(e)(2).

Nombre exacto de la guardería, tal como figura en la licencia.	Licencia #
--	------------

Autorizo a \_\_\_\_\_ (proveedor de cuidados/miembro del personal), que es/son representante(s) de la guardería mencionada en la parte superior para dar consentimiento a todo y cualquier cuidado médico de emergencia que sea necesario para mi niño o joven \_\_\_\_\_ (*nombre y apellido del niño*) mientras el niño o joven se encuentre en custodia de la guardería, entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.  
mes/día/año mes/día/año

¿Tiene el niño cobertura de seguro de salud?  Sí  No

Si lo tiene, llene lo siguiente:

Nombre de la póliza de seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_  
Programa de asistencia médica \_\_\_\_\_ Número de tarjeta \_\_\_\_\_  
Número de identificación de tarjeta médica militar \_\_\_\_\_

Si lo sabe, fecha de la última vacuna contra el Tétanos: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Enumere todas las alergias conocidas u otra información acerca de las condiciones médicas de este niño o joven, que sean pertinentes en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------

Testigo de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.	Fecha de la firma
---	-------------------

Notarización de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.

<u>Estado de Kansas</u>	
Condado de _____	
Firmado en mi presencia en esta fecha _____ (Sello, si lo hubiera)	por _____ Nombre de la persona
mes/día/año	
Firma del notario público	
Título (y rango)	
Mi designación termina en: _____	